

ROSA M^a MARTÍNEZ ORTEGA
EVA GARCÍA PEREA
(Coordinadoras)

ENFERMERÍA DE LA MUJER

Reservados todos los derechos.

Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin permiso escrito de Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© EDITORIAL CENTRO DE ESTUDIOS RAMÓN ARECES, S.A.

Tomás Bretón, 21 - 28045 Madrid

Teléfono: 915.398.659

Fax: 914.681.952

Correo: cerasa@cerasa.es

Web: www.cerasa.es

ISBN-13: 978-84-9961-066-5

Depósito legal: M-42043-2011

Impreso por :

Campillo Nevado, S.A.

Antonio González Porras, 35-37

28019 MADRID

Impreso en España/ *Printed in Spain*

| | | |
|-----------|---|----|
| 2.4.2. | Obtención, aplicaciones clínicas e implicaciones éticas y legales | 22 |
| 2.5. | Donación y bancos de sangre de cordón umbilical | 24 |
| 2.5.1. | Voluntariedad | 25 |
| 2.5.2. | Anonimato | 25 |
| 2.5.3. | Solidaridad y donación altruista | 25 |
| 2.5.4. | Equidad en la selección y acceso entre los receptores | 26 |
| 2.5.5. | Gratuidad y ausencia de ánimo de lucro | 26 |
| 2.6. | Donación de oocitos | 27 |
| 2.7. | Técnicas terapéuticas en el embrión | 28 |
| 2.8. | Cirugía fetal intrauterina | 28 |
| 2.9. | Genoma humano | 29 |
| 2.10. | Bibliografía | 30 |
| 3. | ASPECTOS REPRODUCTIVOS EN EL SIGLO XXI | 31 |
| 3.1. | Introducción | 32 |
| 3.2. | La familia contemporánea: funciones y tipos | 32 |
| 3.2.1. | La importancia de la familia para la enfermería | 33 |
| 3.2.2. | Valoración de la familia por enfermería | 34 |
| 3.3. | Comunicación afectiva y sexual durante el embarazo, parto y puerperio | 35 |
| 3.3.1. | Durante el embarazo | 36 |
| 3.3.2. | Durante el parto | 37 |
| 3.3.3. | Durante el puerperio | 37 |
| 3.4. | Expectativas ante la maternidad y paternidad | 38 |
| 3.5. | Paternidad, nacimiento y crianza | 40 |
| 3.6. | La conciliación de la vida familiar y laboral, permisos por maternidad/paternidad | 42 |
| 3.7. | Bibliografía | 45 |
| 4. | REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA | 47 |
| 4.1. | Introducción | 48 |
| 4.2. | Esterilidad e infertilidad. Epidemiología de la esterilidad | 48 |
| 4.2.1. | Conceptos | 48 |
| 4.2.3. | Epidemiología | 49 |
| 4.3. | Causas de esterilidad | 49 |
| 4.3.1. | Causas de esterilidad masculina | 49 |
| 4.3.2. | Causas de esterilidad femenina | 51 |
| 4.3.3. | Causas mixtas de la pareja | 51 |
| 4.4. | Estudio de la pareja estéril | 52 |
| 4.4.1. | Historia clínica | 52 |
| 4.4.2. | Exploración física de la mujer | 53 |
| 4.4.3. | Laboratorio | 53 |
| 4.4.4. | Otras | 53 |
| 4.5. | Técnicas de reproducción asistida | 53 |
| 4.5.1. | Inducción de la ovulación | 53 |
| 4.5.2. | Inseminación artificial | 54 |
| 4.5.3. | Fecundación in vitro | 54 |

3

Aspectos reproductivos en el siglo XXI

M^a Isabel Blázquez Rodríguez
M^a Jesús Montes Muñoz

- 3.1. Introducción
- 3.2. La familia contemporánea: funciones y tipos
 - 3.2.1. La importancia de la familia para la enfermería
 - 3.2.2. Valoración de la familia por enfermería
- 3.3. Comunicación afectiva y sexual durante el embarazo, parto y puerperio
 - 3.3.1. Durante el embarazo
 - 3.3.2. Durante el parto
 - 3.3.3. Durante el puerperio
- 3.4. Expectativas ante la maternidad y paternidad
- 3.5. Paternidad, nacimiento y crianza
- 3.6. La conciliación de la vida familiar y laboral, permisos por maternidad/paternidad
- 3.7. Bibliografía

3.1. Introducción

En este capítulo se completan algunos aspectos socioculturales en torno al nacimiento, que son necesarios para la práctica enfermera. En primer término, conocer algunos datos sobre cómo son las familias actualmente guiará la valoración de las mismas y especialmente ayudará a integrar los cambios sobre el lugar que ocupa en la vida de las personas. Entre ellos, están los cambios que proponen entender y atender a las necesidades de los hombres y las mujeres durante el embarazo, el parto y el

puerperio, como un tipo de familia, objeto de su atención. Y desde un enfoque integral se abordan en los siguientes apartados diferentes aspectos cruciales para una atención completa en este proceso. En el segundo sobre la comunicación y la sexualidad, en el tercero sobre las expectativas ante la maternidad y la paternidad, y en el cuarto nos detenemos a prestar atención a las necesidades de los hombres; y por último, a los aspectos legales sobre la conciliación de la vida familiar y laboral.

3.2. La familia contemporánea: funciones y tipos

Una de las instituciones sociales en la que se han operado más cambios en los últimos años ha sido la familia, que igualmente varía entre sociedades y en el interior de una misma sociedad. De manera que, aunque a menudo se piense en un tipo común de familia, por ejemplo la nuclear, formada por padre-madre-hijos e hijas, como si fuera universal, hay que considerar que no es ni la más común en el mundo, ni a lo largo de la historia, ni la que representa al mayor número de personas en nuestra sociedad.

Las diferencias entre los tipos de familia tienen que ver con lo que cada sociedad o grupo social define como tal, es decir, según qué características se establezcan sobre qué es y qué no es una familia, determinadas formas de relación y/o convivencia quedarán incluidas o excluidas. La familia sería un conjunto de personas en las que se cumplen alguna de las siguientes características:

- *Parentesco*: Entre este grupo de personas existen relaciones bien de alianza (como un matrimonio u otro tipo de unión, aunque no esté reconocida legalmente), o bien de filiación bioló-

gica o social (como padres/madres e hijos/as, abuelo/a...)

- *Convivencia*: Estas personas viven o han convivido conjuntamente. Así, el padrón que utilizamos en nuestro país toma de referencia para hablar de unidades familiares a los hogares. Sin embargo, hay que recordar excepciones tanto de personas que no viven con sus familias, como al revés, personas que comparten una misma residencia sin ser familia.
- *Economía*: La familia intenta asegurar el sustento y otras necesidades de todos sus miembros, para lo que comparte, distribuye los bienes, los recursos, aunque no sea de forma equitativa. Una de las principales necesidades que cubre la familia es el encargarse del cuidado de uno de sus miembros si tiene un problema de salud.
- *Relaciones de afectividad*: Actualmente se piensa que la principal característica que define a una familia es que es una unión entre varias personas basada en el amor.
- *Educación*: La familia generalmente es el primer agente de socialización de las personas, ya que educa, trans-

mite una determinada cultura, unos valores, unas pautas de pensamiento, acción, indispensables para el desarrollo y la adaptación social. Este proceso de endoculturación no sólo se da en la infancia y adolescencia, sino a lo largo de toda la vida, como sucede hoy en día en que se alarga el momento de independencia de la familia o se vuelve a la misma por otras circunstancias (separación, crisis...).

En cada sociedad o grupo, será más importante una de estas características u otras, y también la forma en que se organizan estas funciones será diferente. Por ello, es importante que pensemos en la variedad de formas de familia que existen en nuestra sociedad. Esta diversidad la podemos encontrar consultando los datos del último censo de 2001, que señala que en España los principales tipos de hogares son:

- Los unipersonales (20%), formados por personas jóvenes solteras entre 25 y 34 años, mujeres mayores de 65 años que viven mayoritariamente solas y hombres o mujeres separadas o divorciadas.
- La familia nuclear, formada por pareja con dos hijas y/o hijos es el 17% de los hogares y la más frecuente de las formas de familia con hijos e hijas.
- El tercer tipo más frecuente es la pareja sin hijos/as (17%).
- Las parejas con un solo hijo/a (15%).
- Las familias monoparentales, de madres que crían solas a sus hijos/as bien porque estén solteras, separadas o viudas (6,6%).
- Después las familias con 3 hijos o más hijos (5%). De forma que si sumamos todos los tipos de familia nuclear (madre-padre con hijos e hijas) nos sale que en nuestro estado, este tipo de familia sólo corresponde al 37%.

Asimismo, el modelo de familia extensa (con un gran entramado de parientes tíos,

abuelos/as, primos/as...), que era frecuente en otras épocas, se encuentra en descenso. En cambio, en ascenso se encuentra el número de parejas de hecho no censadas, las parejas homosexuales, las parejas donde uno de sus miembros procede del extranjero, y las familias reconstituídas, formadas por personas que tienen hijos/as de anteriores relaciones, y que pueden vivir con la familia constituida o cuya custodia sea compartida, viviendo entre dos hogares. Todo ello justifica que hablar de familia en la actualidad nos lleve a hablar de diversidad de formas familiares.

3.2.1. La importancia de la familia para la enfermería

Una de las funciones de la enfermería es dar respuesta a las necesidades de salud de la población, desde una perspectiva holística e integral. Para ello tiene que tener en cuenta el entorno de la persona y su familia. Recordar que aunque la persona viva sola, la familia acompaña a las personas en su desarrollo vital, que además puede proporcionarle recursos y apoyo en los cambios y crisis de la vida, y esta familia la ha endoculturado en unos determinados valores, actitudes y conductas, por ejemplo para el cuidado de su salud, pero también esta familia le impone responsabilidades y normas. Por lo que la familia puede ser un factor de estrés o un recurso para la persona.

En la atención a la familia por parte de enfermería, se distinguen tres formas de asistencia diferentes:

- El primer nivel, en que las actividades de la enfermería se dirigen principalmente a la persona, y su familia estaría en un lugar secundario.
- El segundo nivel, donde se incluye en la asistencia a uno o más miembros de la familia en la planificación de cuidados; por ejemplo, al incorporar a las parejas durante el embarazo, el nacimiento o el puerperio.

- El tercer nivel, es cuando las intervenciones se dirigen a la unidad familiar. Este es el enfoque de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, que se propone como más idóneo para la atención enfermera, cuya función sería contribuir a que la familia disponga de los recursos necesarios para cubrir las necesidades de sus miembros y así reforzar su función de soporte. Aquí la enfermería fomenta la participación de los miembros de la familia en las decisiones, en la planificación, así como en los cuidados.

Para establecer cual es el nivel de atención adecuado en los cuidados de cada persona, habría que empezar preguntando a las personas quiénes son su familia, y entender que estas personas puede que no sean con las que conviven; e independiente de quiénes sean, habría que indagar en quiénes desean que participen en sus vidas, si sus familias u otras personas, u otras entidades sociales para cubrir sus necesidades. Situar que actualmente algunas de las funciones que cubría la familia como la educación, cuidado... son cubiertas por diferentes instituciones, o por otras personas que no son la familia. Así por ejemplo, en la infancia habrá que conocer con qué personas se relaciona el niño/la niña, qué tipo de relaciones mantiene con estas personas y cómo influyen en su desarrollo, cómo intervienen en la cobertura de sus necesidades. O por ejemplo, las mujeres mayores que viven solas pueden tener una relación de mayor cercanía con las personas de los servicios domiciliarios que las atienden u otras personas de los centros de día, que con sus familias.

3.2.2. Valoración de la familia por enfermería

Desde la teoría de los sistemas se entiende a la familia como un sistema for-

mado por diferentes unidades entre las que hay interacciones y por tanto los cambios de uno de sus miembros pueden repercutir y pueden alterar el funcionamiento de los demás. De ahí la importancia de valorar cómo es la dinámica de cada familia, las relaciones entre sus miembros, cómo se ha ido adaptando a los diferentes cambios...

Estos cambios no se perciben de la misma manera por los diferentes miembros de la familia. Cada miembro de la familia ocupa un rol específico, y estos roles van cambiando en función de la edad, situación y etapa de cada uno y del desarrollo familiar. Estos roles son definidos por la propia organización de cada familia y por las normas culturales como el sistema de género. Así por ejemplo, según el rol que cada persona ocupe en la familia, las reacciones ante el embarazo serán distintas. La irrupción de un nuevo miembro afecta de diferente manera a cada uno, y habrá que valorar cómo cada cual vive esta experiencia y las necesidades que les pueden surgir.

Una de los principales objetivos en la valoración enfermera es conocer si la familia es funcional o disfuncional:

- *Funcional*: Se considera así, si las relaciones están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros, se cubren las necesidades individuales y se fomenta su autonomía. En este tipo de familias, se señala que existe comunicación, formas de negociación, empatía, apoyo...
- *Disfuncional*: Aquella en la que no hay funciones claramente diferenciadas, no hay pautas de organización, resolución de conflictos, existe poca comunicación, atención a los sentimientos y opiniones de los demás.

El problema es que esta clasificación no es tan firme en la realidad, y en muchas ocasiones, se producen circunstancias, que alteran a sus miembros y a la familia, y se

convierte en disfuncional, pues no puede atender a las necesidades de sus miembros, no es capaz de adaptarse a la situación... aunque en otros momentos lo haya hecho.

Otra de las áreas que suele ser valorada en las familias es si ésta es un contexto que socialice a las personas en el cuidado de su propia salud y, por tanto, es un ámbito donde se dan estilos de vida saludables. Se revisan los aspectos familiares que favorecen la salud, y cuáles son los aspectos contrarios u obstáculos. En esta línea también aparecen valoraciones que se dirigen a fomentar que la familia sea una unidad para los cuidados. De manera que, especialmente ante enfermedades crónicas o problemas graves, la enfermera conozca quiénes se pueden implicar en la prestación de los cuidados.

Para todas estas valoraciones se han establecido diferentes escalas, que exploran las principales áreas en la valoración familiar:

- Características socioeconómicas, demográficas y culturales de la familia.
- Miembros, roles y relaciones.
- Situación de salud de cada uno de sus miembros.
- Pautas alimentarias y de nutrición de la familia y de cada uno de sus miembros.
- Prácticas de seguridad de la familia en casa y fuera de casa.
- Prácticas de riesgo o problemas económicos, hacinamiento, aislamiento, laborales, violencia, consumo de sustancias tóxicas...

- Ocio y ejercicio físico de la familia y de las personas.
- Tipo de relaciones familiares: normas, sistema de comunicación, resolución de conflictos, formas de relación, cohesión, afectividad, apoyo social...
- Adaptabilidad: capacidad de adaptarse a situaciones previstas o imprevistas tales como nacimientos, enfermedad, muertes, jubilación, separación, divorcio,...

Lo ideal sería completar esta valoración con la del domicilio familiar, tal y como estaba incluida en algunos programas, como una buena práctica para conocer de forma más integral a cada persona, para acercarse a otras personas de la familia (por ejemplo, a un padre que nunca acompaña a su hijo/a al centro de salud) y aumentar la cercanía y relación sanitaria. En conclusión, mediante esta evaluación, la enfermería conoce cuál es el funcionamiento de la familia e identifica las áreas para sus intervenciones. Las necesidades de cada familia deben ser establecidas conjuntamente con sus propios miembros, ya que no existe un único modo de funcionamiento familiar, ni la enfermería puede establecer lo que es normal o le conviene a una familia u otra. Es necesario recordar que las medidas de enfermería utilizadas en una paciente pueden resultar molestas o inadecuadas.

Para esta valoración, y muchas veces para abordar algunas de las necesidades detectadas, es imprescindible la coordinación y colaboración con otros grupos de profesionales o recursos de los servicios sociales.

3.3. Comunicación afectiva y sexual durante el embarazo, parto y puerperio

El embarazo es una etapa de transición en la vida de las mujeres y parejas en la que sus relaciones afectivas y sexuales van a ser modificadas y van a estar en evolu-

ción. La forma en como cada cual lo afronta está relacionada con factores individuales de su relación y comunicación en la pareja, así como los valores y las creen-

cias en que han sido formados. Hace unas décadas, desde los profesionales se aconsejaba la restricción de las relaciones sexuales coitales en el primer y último trimestre de la gestación, por posibles riesgos, como las infecciones. En la actualidad, estas creencias están desechadas y cada mujer y pareja decide sobre su sexualidad, aunque desde enfermería se debe tener presente que pueden darse situaciones individuales que las desaconsejen, como amenaza de aborto o de parto prematuro, amniorrexis espontánea o sangrado.

La comunicación afectiva es una necesidad de la que la sexualidad forma parte, y que no se reduce al coito. Mujeres y hombres comparten su intimidad en este período en el que la tolerancia, comunicación y el amor, les proporciona la unión y seguridad para afrontarlo de manera creativa y saludable para ambos.

En este apartado, se presentan las tres etapas que caracterizan el proceso de maternidad. La primera se refiere al embarazo, dividida a su vez en tres trimestres de la gestación, la segunda se centra en el nacimiento y la última en el puerperio.

3.3.1. Durante el embarazo

En el *primer trimestre*, ante un embarazo planificado, la expectativa suele ser bien recibida produciendo sentimientos de satisfacción y orgullo, pero también en una misma mujer, pueden manifestarse otras emociones contradictorias de rechazo y conflicto. Las dudas sobre el momento apropiado o no en que se ha producido el embarazo, o el pensar en interrumpir la gestación, son una fuente de ansiedad y culpabilidad que se puede presentar simultáneamente con la preocupación e interés hacia el bienestar y seguridad de la criatura gestada. Los cambios que se van a producir en su cuerpo pueden ser para otras mujeres fuente de

ansiedad. La imagen social actual de la mujer delgada y dinámica se borra ante la mujer embarazada, cuyo cuerpo se redondea y limita, empujado por las necesidades del feto en crecimiento. Otros cambios como la sensibilidad en los pechos, el cansancio o haber experimentado un aborto espontáneo con anterioridad, pueden influir en sus deseos y expectativas sexuales, y explicar que algunas elijan posponer las relaciones penetrativas.

La adaptación inicial de los hombres suele realizarse de forma más lenta. Ellos pueden necesitar del diagnóstico oficial del embarazo, de la evidencia de los cambios físicos en su compañera, pero sobre todo, de la visión real del feto a través de la ecografía. Las parejas informan de que son generalmente los hombres quienes no muestran interés en la sexualidad en esta primera etapa, por temor a causar daños.

En el *segundo trimestre* de la gestación, la aceptación se ha establecido. Superado el riesgo de posible aborto, junto con la seguridad que proporciona el buen desarrollo de la evolución fetal, comprobado a través de las visitas sistemáticas a los y las profesionales, hace que sea un tiempo de mayor estabilidad emocional para las mujeres y parejas. La aparición de los movimientos fetales alrededor de la 20ª semana de gestación vendrá a certificar su bienestar, generando sentimientos de plenitud y alegría ante la experiencia de la presencia real del feto. Los cambios físicos que se dan en los genitales femeninos hacen que algunas mujeres puedan sentir la necesidad de ser más activas en su sexualidad, y pueden entrar en conflicto con las expectativas de la pareja. Se aconseja que esto sea consensuado, puesto que los hombres pueden sentir temor y hasta rechazo a tocar a su mujer embarazada.

En el *tercer trimestre*, se dan dos momentos diferenciados. El primero coincidiendo con el bienestar y seguridad adquiridos con los meses de gestación y el segundo pocas semanas antes del parto

ante la expectación de la espera. Las mujeres suelen manifestar mayor tranquilidad respecto a los cambios físicos producidos en el cuerpo, aunque el cansancio, las molestias características de esta etapa o los movimientos vigorosos del feto son para algunas experiencias agotadoras. Contrariamente, otras expresan la plenitud del cuerpo con satisfacción y se sienten en la mejor etapa.

Desde enfermería, se debiera considerar que el bienestar entre ambos es imprescindible cuando van a afrontar el nacimiento, ya que la buena relación va a repercutir más allá del embarazo. Así, es necesario el espacio para la comunicación clara y veraz en la que la mujer y su pareja puedan expresar y resolver sus miedos. También, en los cursos de preparación en las últimas semanas, las mujeres pueden necesitar ser reforzadas en su capacidad para realizar el parto, en sus posibilidades y recursos de afrontamiento y disipar sus dudas reafirmando su confianza.

Las necesidades afectivas y sexuales de las mujeres a lo largo de la gestación varían entre las diferentes parejas. Enfermeras y matronas son las profesionales que más próximas están a ellas, con lo que debieran dar la oportunidad de exponer estos temas comunicando sus dudas y preocupaciones, y recibiendo información individualizada y objetiva, para que las mujeres y las parejas vivan y disfruten de su sexualidad en esta etapa de acuerdo a sus propias visiones y vivencias. Entendiendo que la sexualidad es más amplia y entra la comunicación, las caricias y muestras de afecto mutuo son una necesidad importante para ambos en esta etapa.

3.3.2. Durante el parto

El parto es considerado desde los textos médicos como una experiencia traumática y dolorosa y esto ha sido interiorizado por muchas mujeres que lo esperan con temor.

Pero está surgiendo una nueva forma de representarlo centrada en el parto como experiencia sexual positiva. Ya desde 1962, Sheila Kitzinger lo nombraba como proceso psicosexual y alentaba a las mujeres para dejarse invadir por las emociones y prepararse para interpretar las sensaciones reconociéndolas satisfactoriamente como parte de su sexualidad. También algunas mujeres han experimentado el placer del parto y en los últimos años cada vez más se atreven a hablar de ello.

El calor y la presión que ejercen las contracciones sobre los genitales junto con la impregnación del cuerpo materno en oxitocina –hormona que se libera en las relaciones sexuales– pueden ser una explicación, pero sobre todo, la intención explícita de algunas mujeres de realizar un parto consciente, como una oportunidad única o “vivencia personal que eleva el valor de sus vidas, por medio del cual pueden ponerse en contacto con sus propios sentidos y dar una agradable expresión a la energía que invada sus cuerpos”, como relata Kitzinger. La atención profesional al parto normal, en un ambiente íntimo, respetuoso y apacible, hará posibles estas experiencias.

3.3.3. Durante el puerperio

Las semanas siguientes al parto están caracterizadas por la recuperación y adaptación que se han producido en el cuerpo y el aprendizaje de la lactancia. Dependiendo de las intervenciones que se realizaron en el parto y aún habiendo sido natural y respetado, las mujeres pueden tener dificultades en reconocer su cuerpo, ya que las posibles lesiones en vulva, la sutura de la episiotomía, la subida de la leche y la flacidez del abdomen, son realidades habituales que necesitan tiempo para sanar y estabilizarse. En esta etapa es importante que las mujeres se cuiden y sean cuidadas para poder recuperarse y

también puedan encargarse del cuidado de sus criaturas. Tarea en la que también deben participar sus parejas.

Los cuidados profesionales de apoyo a las mujeres durante el puerperio deben centrarse en primer lugar en sus necesidades respecto a la recuperación del bienestar físico y considerando su carácter temporal. Se debiera poner atención en eliminar palabras como manchar, suciedad y limpiar, referidas a los fluidos corporales del puerperio, pues dan una visión negativa y contaminante del cuerpo.

En la reanudación de las prácticas sexuales penetrativas, son las mujeres quienes deben decidirlo pues son ellas quienes conocen el estado de su cuerpo. La recuperación progresiva de todos los órganos y sistemas implicados en el embarazo y el parto llega a su fin entre los 30 y 40 días posteriores. Aunque no hay una duración exacta para todas, se aconseja esperar a la desaparición de los loquios y la cicatrización de las heridas para evitar infecciones y dehiscencias. A este respecto, es interesante que antes de dar comienzo a las relaciones sexuales con penetración, las mujeres se familiaricen y adquieran confianza por medio de la autoexploración, en los cambios de sus genitales tras el parto. E igualmente es muy importante poder hablar con la mujer para clarificar sus dudas o mitos al respecto. Y algunas mujeres les

vendrá bien estar más lubricadas, aumentar la higiene de la zona —antes y después del coito— y sobre todo, relajarse y disfrutar de su cuerpo y su sexualidad.

La lactancia materna, puede ser una fuente de placer para algunas mujeres, tanto por la mirada, la proximidad, la satisfacción y el amor puesto en la criatura, como por las respuestas sexuales fisiológicas que pasadas unas semanas, se pueden producir en el cuerpo. Para otras, esto es desconcertante y rechazan toda asociación con la sexualidad. La participación de la pareja en la lactancia, su seguridad y ánimo a la mujer, son fuente de bienestar y comunicación para ambos y puede evitar que algunos, ante el lazo afectivo establecido entre la mujer y su criatura, se puedan sentir excluidos. Algunos, aunque inicialmente son partidarios de la alimentación al pecho materno, se sienten violentados cuando esta necesidad se presenta en espacios públicos en presencia de otros hombres. Es necesario hablar de ello con las parejas. Esto está relacionado con la sexualización de las mujeres gestantes que se prolonga a la lactancia donde las mujeres se presentan como objetos de deseo sexual, y también con las vivencias del cuerpo en torno a la desnudez, el pudor de cada mujer, donde muchas veces no hay cabida para la diversidad de formas de expresar, sentir o pensar la sexualidad.

3.4. Expectativas ante la maternidad y paternidad

Las mujeres y parejas, al planificar un embarazo, activan y actualizan las representaciones e ideologías que envuelven socialmente la maternidad y lo adaptan modelándolo a lo que para ellos es, y esperan que sea este proceso. En estas expectativas están incluidos el embarazo, el nacimiento y el ejercicio de la maternidad. En nuestra sociedad se espera que las mujeres sean madres. Llega una edad en que

ellas deciden “ya toca”, tiempo que es variable para cada una, otras hacen alusión a la naturaleza como una fuerza que les impulsa en el deseo de maternidad a la que el cuerpo responde espontáneamente y otras, calculan el momento según sus proyectos profesionales o los de la pareja.

El embarazo se asemeja a un rito de paso en el que se va preparando para la maternidad. Las mujeres suelen esperar

que en él surja de alguna manera el “instinto maternal”, que imaginan como una predisposición o fuerza especial e íntima para el amor incondicional hacia el ser gestado. En la práctica, se pueden sentir decepcionadas o hasta preocupadas al no sentirlo o experimentarlo. También, otras dicen ser madres ya durante el embarazo, porque están proporcionando cuidados y hacen sacrificios por el bienestar del feto, y otras esperan su nacimiento como el momento en que dará comienzo su maternidad. Las parejas comparten estas expectativas.

El parto que dará lugar al nacimiento es el proceso en el que se concentran las mayores expectativas de mujeres y hombres. Las formas en que lo proyectan son muy variadas y están relacionadas con ideales o interpretaciones individuales de su realidad. Así, algunas prefieren que se le realice la cesárea para evitar lo que consideran sufrimiento gratuito para la madre y la criatura, otras quieren un parto natural con la mínima dirección o intervenciones externas porque afirman, el nacimiento repercutirá en la vida de la criatura. Entre estas dos posiciones se da un amplio abanico de otras posibles elecciones en las que siempre se visualiza recibir a una hija o hijo sanos y vigorosos.

El ideal de la maternidad suele adquirir su máxima expresión al imaginarse con la criatura en los brazos dejándose invadir por un amor indescriptible que fluye naturalmente. Estas expectativas pueden producir un choque al comprobar en la realidad posterior que ambos progenitores deben aprender a querer a sus hijas e hijos a partir de conocerse, el contacto cotidiano y los cuidados.

Es necesario que enfermeras y matronas puedan compartir y analizar las expectativas de las parejas por dos motivos. El primero, para poder adecuar los servicios sanitarios a sus planes y, si esto no fuera posible, informarles o dirigirles a otros cen-

tros o profesionales. El segundo está relacionado con el ideal y el instinto de la maternidad y considerando que su aparición pasa por el ejercicio de un aprendizaje socialmente previsto. Querer alcanzar este ideal que se presenta “naturalizado” puede ser una fuente de angustia e insatisfacción para las mujeres. Desde enfermería se debe desmitificar y ayudar a las mujeres y los hombres a prepararse y conocer que, en la realidad, el instinto es una construcción cultural, que también se interioriza y se aprende con la práctica.

En los procesos educativos sobre los cuidados de las criaturas, es importante dirigir esta información a explicar cuáles son las “necesidades básicas” de los recién nacidos, sin especificar quién debe cubrirlas o realizarlas. Esto facilitaría mucho a los hombres u otras personas del entorno, puedan ejercer también estas funciones de cuidado, lo que promovería que las criaturas crearan también vínculos más amplios con otras personas. También, es necesario evitar desde enfermería que las mujeres sean nombradas como madres desde el inicio de la concepción, ya que se fomenta se sitúen en este rol desde el comienzo mismo de sus embarazos socializándoseles en que ser madres significa que son y deben ser las protectoras y cuidadoras de sus criaturas. Esto, además de otras contradicciones puede generarles culpabilidad cuando surgen dudas respecto a la oportunidad de la gestación y, sobre todo, en el caso de que sea rechazada.

Por último, recordar que durante el embarazo y la maternidad muchas veces se promueve, o por lo menos no se considera negativo que las mujeres puedan llegar a perder sus trabajos remunerados y/o renunciar a ellos, y que abandonen ciertas facetas de sus vidas. De forma, que se sigue reproduciendo que ser madres es la mejor opción para las mujeres, aunque dispongan de más opciones como veremos en el apartado de la conciliación.

3.5. Paternidad, nacimiento y crianza

Cada vez más hoy los hombres se están implicando en el cuidado a las criaturas y el proyecto de la maternidad/paternidad es casi siempre una decisión consensuada en pareja. Esta tendencia viene dada por el deseo individual de asumir las funciones tradicionalmente consideradas como femeninas, en la que la atención a las criaturas se proyecta como un asunto de responsabilidad de ambos. Socialmente, se promueve el ejercicio de la "paternidad responsable" como respuesta adecuada de los hombres ante sus hijos/as. Por otro lado, la crianza no está vinculada a la respuesta biológica del parir y se ha demostrado que el desarrollo de niñas y niños cuyos padres varones eran sus cuidadores principales ha sido muy positivo. Esto se explica por la elección voluntaria de este rol, y no por su imposición.

Las formas en que cada cual afronta la paternidad pueden ser muy diversas y el grado de compromiso es una decisión personal relacionada con las propias ideologías, la formación y la cultura. En ello, van a influir aspectos como el número de hijos anteriores, la relación de pareja y las vivencias durante el embarazo y el parto.

La paradoja resultante es que para las mujeres, la responsabilidad frente a la maternidad se presenta socialmente —y es promovida desde las instituciones—, como una obligación resultante de la biología femenina, apoyada en el instinto y en la respuesta supuestamente naturalizada hacia el cuidado de sus criaturas. Su no cumplimiento les culpabiliza y presenta como "malas madres" o desnaturalizadas. Contrariamente, para los varones el ejercicio responsable de la paternidad es un derecho o en todo caso, una posibilidad de libre elección que no una obligación.

Desde enfermería, se pone mucho énfasis en el establecimiento del vínculo materno como garantía de cuidados, ali-

mentación y salud para las criaturas además de presentarse como una necesidad. Reforzar desde los discursos profesionales el vínculo paterno con sus responsabilidades, puede facilitar a muchos hombres el desarrollo de su rol como padres, ya que la manifestación de sentimientos y emociones hacia las criaturas, así como la realización de tareas tradicionalmente de las mujeres, pueden ser experimentados por algunos como una amenaza para su virilidad.

En las relaciones que las enfermeras establecen con las parejas, y sobre todo durante el tiempo que permanecen hospitalizadas con motivo del nacimiento, se debiera poner especial atención en dar la oportunidad y el espacio para que los hombres, sin sentirse juzgados, pudieran aprender y practicar estas habilidades que, en su mayoría, son vividas de forma satisfactoria. También se percibe que la atención se dirige hacia la mujer gestante y se conoce poco o no se tienen en cuenta las tensiones emocionales que pueden darse en los hombres. Desde una atención integral de enfermería a la familia, esto debiera considerarse.

Los nuevos padres pueden sentirse inseguros frente a la responsabilidad que de ellos se espera como sostén de la familia. La posibilidad de que la mujer deba dejar el trabajo remunerado durante largo tiempo, junto a las cargas económicas que suponen la crianza, pueden ser causa de ansiedad ante un futuro que se vive como incierto. Las respuestas pueden dirigirse al aumento de la jornada laboral con la consiguiente ausencia del hogar. Aunque el embarazo haya sido planificado, los cambios que se producen en el cuerpo causan en algunos hombres conductas de alejamiento y rechazo. El vientre abultado de la mujer que había elegido como compañera, se percibe como deformado y aunque se perciba como condición pasajera, le hace

poco atractivo para el acercamiento. La dedicación y cuidados que las mujeres ponen en su gestación y su interés hacia las necesidades del feto, lleva a algunos hombres a sentirse rechazados o experimentar celos hacia la futura criatura por la que se sienten sustituidos.

Las parejas necesitan adaptarse a su nueva condición de madres y padres. Este proceso realizado durante el embarazo, facilitará la adaptación a las necesidades de la criatura durante la crianza, además de que puede aportar experiencias satisfactorias para ambos.

El padre en el embarazo: La tendencia de los servicios sanitarios en el seguimiento del embarazo, promueve que la mujer acuda a cada visita acompañada de su pareja. Los hallazgos en los estudios realizados demuestran que las respuestas por parte de los hombres son variadas. Algunos, como consecuencia de múltiples circunstancias, están presentes en todas, pero una amplia mayoría solo acompaña a su pareja a las consultas "importantes" esto es, cuando se le realizará una ecografía o cuando tiene que recibir resultados que pueden ser comprometidos. Las dificultades para ausentarse del trabajo, el número de visitas así como sus horarios, son motivos que argumentan para justificar su ausencia. Las mujeres, aunque prefieren ir acompañadas por la pareja, lo aceptan y buscan alternativas en otros miembros de la familia o amigas.

Una de las actividades organizadas a las que teóricamente debieran asistir ambos son los cursos de preparación maternal o para el parto. La realidad observada es que las infraestructuras del centro y la propia planificación de los cursos no invitan a la presencia ni a la participación de los hombres. Sigue la tendencia a considerar que es un asunto básicamente de interés de las mujeres, aunque algunas profesionales les animan para que formen o eduquen a sus parejas, de forma que aumente su participación y los resultados de su implicación

se presentan como parte de la responsabilidad de las mujeres.

El padre en el parto: Hasta hace no muchos años la presencia del padre en el parto era negada desde las y los profesionales que lo asistían, por considerarla innecesaria y hasta un impedimento para una evolución satisfactoria. Tampoco los hombres insistían en ello pues estaba asumido que el parto era "asunto de expertos". Las mujeres permanecían sin la compañía de una persona de confianza o familia durante todo el proceso. Actualmente, en la mayoría de los hospitales se espera que los padres tomen parte y se fomenta su rol activo más allá de ser meros espectadores.

Ellos se preparan, muestran curiosidad por el proceso, pero sobre todo se interesan en las formas de proporcionar apoyo efectivo a las mujeres. Su presencia y atenciones se han relacionado con una menor demanda de anestésicos por parte de las mujeres, mayores probabilidades de partos vaginales espontáneos, menor número de cesáreas y mayor satisfacción para ambos. Otro de los beneficios es el establecimiento del vínculo entre el padre y la criatura o reconocimiento temprano que facilitará la disposición del padre para su cuidado.

En esta implicación van a influir las circunstancias del entorno. El ambiente de las salas de partos tradicionales con apariencia de quirófanos, profesionales atareados, goteros y monitores instalados en el cuerpo de la mujer, genera preocupación e inseguridad en ellos, se sienten desplazados e inhiben el contacto con la pareja por el temor de causarle daños. Contrariamente, un espacio acogedor e íntimo en el que el instrumental no sea el protagonista, con profesionales que confían, que observan sin intervenir y que facilitan la comunicación, puede hacer sentir a los padres cómodos en el rol de ser los actores principales en dar protección y apoyo físico y psicológico a la pareja.

Desde enfermería, se debieran facilitar los medios en los que se permita la relación de pareja fluida y espontánea. Para ello, se recomienda proporcionar un ambiente cálido, con luz tenue y sin ruidos, no interferir realizando técnicas rutinarias y mantenerse a una distancia que permita a las parejas la intimidad sin sentirse observados. Puede que el padre o ambos necesiten ser guiados en el proceso. Recordar formas de respirar relajantes, un masaje o las caricias, pueden ayudar al padre a sentirse útil a la par que proporciona bienestar a la mujer. El personal sanitario —matronas y enfermeras— que están presentes en el parto, debieran estar entrenadas en las diferentes técnicas de soporte.

Nacida la criatura con un buen estado de salud, se debe propiciar que la madre y el padre puedan reconocer a su hija o hijo. El padre puede participar además en tareas como cortar el cordón umbilical o coger a la criatura sobre su pecho desnudo.

El padre en el puerperio y crianza: Los padres suelen permanecer cerca de la mujer durante el período que permanece ingresada y son sustituidos por algunos familiares en cortos períodos para facilitar su descanso. Fuera del hospital el apoyo durante las primeras semanas es imprescindible para la buena recuperación de la mujer y para la adaptación de ambos a la nueva situación. Conocer al recién nacido y la atención que hoy requiere suele ser un trabajo intenso al que se dedican las 24 horas del día y esto necesita ser compartido. Muchos hombres, conscientes de ello, prolongan el permiso de paternidad con días de vacaciones.

Los primeros meses de crianza, la madre se centra en el cuidado y alimentación

a la criatura. La lactancia materna les supone una dedicación y esfuerzo, que solo puede realizar la madre. El padre puede dedicarse a tareas como el cambio de pañales, baño o la atención a las necesidades de la casa, aunque es aconsejable que en esto último, cuenten con ayuda externa. El íntimo contacto que se establece entre la madre y su hija/hijo con motivo de la lactancia, suele hacer surgir en algunos padres sentimientos de abandono o de que ha sido relegado. Hablar de forma realista en los cursos de preparación y reforzar su rol, considerando también las dificultades, puede prepararles para afrontar esta nueva experiencia de manera positiva para ambos, aconsejando la comunicación y expresión de sentimientos entre ellos.

Hay que contar con que la adaptación a la crianza es un lento proceso. La madre y el padre necesitan tiempo para asumir los cambios de su nueva situación, aprender a cubrir las necesidades de la criatura y las suyas propias. Con el paso de los meses, la satisfacción de su crecimiento aumenta su confianza y la crianza es una actividad más relajada en la que el padre puede participar más a medida que la criatura va adquiriendo mayor autonomía y puede participar en los cambios de su alimentación.

Aunque puede parecer todavía lejano, desde enfermería se debe promover la crianza en condiciones de igualdad entre las mujeres y los hombres, facilitando que estos sean parte implicada en la evolución y crecimiento de su familia. El seguimiento realizado en las consultas pediátricas es una excelente oportunidad para ello.

3.6. La conciliación de la vida familiar y laboral, permisos por maternidad/paternidad

Con el fin de promover la igualdad entre hombres y mujeres, la corresponsabilidad

de los hombres en las obligaciones familiares y facilitar que las personas trabaja-

doras, tanto hombres como mujeres, puedan disponer de tiempo para su vida personal y laboral, se han ido estableciendo una serie de medidas al respecto, que conocemos como derechos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral. Estas medidas se iniciaron con la Ley 39/1999 y posteriormente con la Ley 3/2007 de igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

El conocimiento de estos derechos es importante para el quehacer de la enfermería ya que como se apunta en el apartado 4 del capítulo 1, y luego se amplía en el 13, la salud de las mujeres depende en gran medida de las facilidades y apoyos que tengan para desarrollar sus vidas y sus trabajos, dentro y fuera de casa. Lo cual es especialmente importante a partir del nacimiento de una hija o hijo, cuando las mujeres tienen que enfrentarse a nueva tarea de cuidar a una criatura, y además muchas de ellas, deben incorporarse al mundo laboral. Ellas y sus parejas tienen que ver y decidir cómo organizar y conjugar sus tiempos. Para ello, es importante que conozcan estos derechos y la enfermería puede facilitar esta información. Al igual que comunicarles los centros y servicios específicos de cada contexto para ampliar o resolver dudas específica, ya que además de las oficinas de la Seguridad Social, en todos los municipios existen Centros de la Mujer con personal especializado. E incluso en los programas y protocolos del embarazo se deberían incluir apartados sobre estos aspectos legales, para que el manejo profesional, ya que el ejercicio de estos derechos condiciona la salud de las mujeres durante esta etapa y también porque ellas hacen este tipo de demandas en su atención.

En ocasiones, cuando el personal sanitario señala a las mujeres que desconoce esta información y que no tiene relación con su quehacer, las y los profesionales no sólo no ven que lo que está en juego es la discriminación laboral de las mujeres –por

la imposibilidad de ejercer unos derechos legales reconocidos que garantizan la igualdad de oportunidades durante embarazo, parto y puerperio con respecto al resto de las mujeres y de los hombres–, sino que tampoco se tiene en cuenta la relación de estos trabajos con la salud ni con el embarazo.

Diferentes estudios plantean que habría dos tipos de barreras para compaginar la vida familiar y laboral: unas debidas a la organización social de género, que establece unos roles y tareas distintos a los hombres y la mujeres y otras debidas a la organización productiva de las empresas. Como resultado de la organización social de género, encontramos en la Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010 del Instituto Nacional de Estadística, que el 92,2% de las mujeres realizan tareas domésticas y se ocupan del cuidado de menores, personas mayores y dependientes (durante casi 4,30 horas), frente al 74,4% de los hombres (cuya duración promedio es de 2,30 horas). Lo que es importante ya que, en su conjunto, los hombres trabajan 1 hora más que las mujeres, ya que las mujeres tienen menos trabajos remunerados, y a jornada completa; y sin embargo, disfrutan y hacen más actividades de tiempo libre y durante más tiempo, lo cual sabemos que es muy saludable. De manera que las mujeres tienen menos vida social, practican menos deporte, navegan menos por Internet, dedican menos tiempo a los medios de comunicación...

Permisos y prestaciones por maternidad: El permiso de maternidad tiene una duración de 16 semanas ininterrumpidas, ampliables por parto múltiple en 2 semanas por cada hijo/a, y en las situaciones de prematuros o recién nacidos que precisen hospitalización. Estos permisos también son para las maternidades por adopción y acogimiento. Este derecho se amplía con la Ley 3/2007 de igualdad en algunos puntos como los siguientes:

- Ampliación de las mujeres que se benefician de la prestación económica.
- Se reconocen permisos para acudir a las visitas sanitarias, ya que como se expone en diferentes estudios, muchas mujeres señalan las dificultades que tenían para acudir a las citas sanitarias o a los cursos, que las obligan a tener que inventar excusas y buscar mil maneras diferentes para ir a la atención o a los cursos, con el uso de las urgencias, con la asistencia o no a cada momento del itinerario y con las decisiones que toman de optar por el control en un centro privado.
- Se garantiza la reincorporación al mismo puesto de trabajo tras el disfrute de este tipo de permisos y a beneficiarse de cualquier mejora en las condiciones de trabajo a las que hubiera podido tener derecho durante su ausencia.
- Se podrán disfrutar las vacaciones en fecha distinta.

Permisos y prestaciones por paternidad: A partir de la Ley Orgánica 3/2007 se establece un permiso por paternidad no transferible. Este permiso intenta, por un lado, promover que las responsabilidades familiares tras el nacimiento no sean exclusivas de las mujeres y, por otro lado, que los hombres trabajadores puedan participar en el cuidado con similares condiciones que las mujeres. Su duración es de 15 días. Asimismo, las bajas por paternidad debían ser elegidas entre el hombre o la mujer, y las ejercidas por los hombres constituían apenas un 1%. Un año después, nos encontramos que se han acogido a este permiso un 35% de los hombres (INE, 2008).

Otras medidas para la conciliación son los permisos para atender los deberes de-

rivados de la conciliación de la vida familiar y laboral, entre los que se considera la ampliación de los tiempos de ausencia laboral, de las reducciones de jornada laboral y excedencias para el cuidado de los hijos e hijas menores de 12 años y sobre todo si están enfermos, como los ajustes de las vacaciones a las necesidades relativas al nacimiento.

Con respecto a las empresas, señalar que aparecen numerosos conflictos que consideran las cargas familiares como una amenaza para el rendimiento laboral, y las propias mujeres y hombres trabajadores perciben que hacer uso de estas medidas da lugar a conflictos en el centro del trabajo. Por ello, en las legislaciones mencionadas se proponen los planes de igualdad de las empresas, como un deber específico de negociación de medidas dirigidas a promover la igualdad de oportunidades y de trato en el ámbito laboral que eviten que se den las anteriores barreras. Recordar que este "mobbing maternal" o "acoso a la mujer por ser madre" se sustenta no sólo en que las empresas dificultan que las mujeres puedan disfrutar de estos derechos, sino también en las normas sociales de género, que en muchos casos, también son compartidas por el propio personal sanitario, que asume la normalidad de estas situaciones, en las que se da mayor importancia a la maternidad frente al trabajo remunerado en la vida de las mujeres.

Estas visiones también contribuyen a que, a pesar de que se está incrementando la participación de los padres en el cuidado y la crianza, la responsabilidad final siga recayendo sobre las madres, pues se reproducen los roles tradicionales de género, se justifica que los hombres no participen y que "no es necesario que disfruten de las bajas paternas".

3.7. Bibliografía

- Blázquez, M. *Nosotras parimos ¿nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?* Málaga: Servicio Publicaciones Universidad de Málaga. Colección Atenea de Estudios de la Mujer; 2010.
- Burroughs, A. *Enfermería Materno-Infantil*. 7 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
- Instituto de la Mujer. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008–2010). Madrid: Instituto; 2008. [acceso 12 de octubre de 2010]. Disponible en: www.migualdad.es/mujer/novedades/docs/Plan_estrategico_final.pdf
- INE, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de hogares. Madrid: INE; 2004. [acceso 12 de octubre de 2010]. Disponible en: www.ine.es/revistas/cifraine/0604.pdf
- Kitzinger, S. *The experience of childbirth*. 1ª ed. London: Gollancz Press; 1962.
- Kitzinger, S. *La mujer y su experiencia sexual*. Barcelona: Círculo de lectores; 1986.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. [acceso 12 de octubre de 2010]. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf
- Montes, Mª J. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, matronas y médicos [tesis doctoral]. Tarragona: Servicio de Publicaciones, Universidad Rovira i Virgili, 2007. [acceso 12 de octubre de 2010]. Disponible en: www.tdx.cat/TDX-0607107112247/MicrosoftWord/COMPLETOlasculturasdelna.pdf.
- Osborne, R. *La construcción sexual de la realidad*. Madrid. Ediciones Cátedra. Feminismos; 1993.
- Pichardo, J. I. *Entender la diversidad familiar. Relaciones homosexuales y nuevos modelos de familia*. Barcelona: Bellaterra; 2009.
- Towle, M. A. *Asistencia de enfermería materno-neonatal*. Madrid: Pearson, 2010.